



## DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

## BẢN THĂM DÒ Ý KIẾN VỀ CHƯƠNG TRÌNH THỦ NGHIỆM HỖ TRỢ GIA ĐÌNH

## FAMILY SUPPORT PILOT QUESTIONNAIRE

TÊN THÂN CHỦ		SỐ AN SINH XÃ HỘI		
PHÁI <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	NGÀY SINH	SỐ ĐIỆN THOẠI		
TÊN CHA MẸ/NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH		QUAN HỆ VỚI THÂN CHỦ		
ĐỊA CHỈ		THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
(Quý vị có thể xem hàng 22 trong đơn khai thuế 1040 của quý vị để trả lời cho câu hỏi dưới đây. Nếu người nào 18 tuổi hay trên, chỉ cần ghi lối túc của người đó).				
LỢI TỨC CHƯA KHẨU TRỪ HẰNG NĂM CỦA GIA ĐÌNH				
Số người và cỡ tuổi của những người trong gia đình/người khác đang ở chung nhà và sự quan hệ của họ đối với người này (nếu cần thêm chỗ viết, hãy dùng mặt sau của đơn).				
TÊN	TUỔI	QUAN HỆ		
KHUYẾT TẬT CỦA THÂN CHỦ				
Những khuyết tật biết được của thân chủ:				
<input type="checkbox"/> Chậm Phát Triển	<input type="checkbox"/> Bị Chậm Khôn	<input type="checkbox"/> Liệt Não Bộ		
<input type="checkbox"/> Hội Chứng Down	<input type="checkbox"/> Bị Ngớ Ngẩn	<input type="checkbox"/> Bị Động Kinh		
Bị chứng bệnh khác về thần kinh hoặc bị rối loạn hệ thần kinh trung ương: _____				
Tình trạng bệnh hoặc chẩn đoán khác: _____				
<input type="checkbox"/> Thân chủ cần phải nâng và nhấc trên 40 pound.				
CHÚ THÍCH				
QUAN TÂM CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC				
Là người chăm sóc chính, đánh dấu vào bất cứ câu nào sau đây làm ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc hiện thời của quý vị.				
<input type="checkbox"/> Cha mẹ độc thân				
<input type="checkbox"/> Chăm sóc cho hai người tàn tật hoặc nhiều hơn				
<input type="checkbox"/> Hiện tại có vấn đề về thể chất hoặc y tế				
<input type="checkbox"/> Hiện tại có vấn đề bệnh tâm thần hoặc tinh thần				
<input type="checkbox"/> Trách nhiệm chăm sóc làm cho chỉ ngủ được liên tục dưới 5 tiếng trong hầu hết mọi đêm				
Những chi tiết ghi trên là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết nhất của tôi.				
TÊN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ		NGÀY		